In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful












Diagnostic et suivi de la grossesse
Dr. ZIANI - Belfort

Introduction:

- La grossesse ou gestation est l'état d'une femme enceinte, allant de la fécondation à l'accouchement.
- La grossesse n'est pas en soi une pathologie, mais nécessite un suivi régulier permettant la prévention des complications maternelles et périnatales.
- Des pathologies générales peuvent préexister ou survenir, ainsi que des pathologies obstétricales.
Le suivi de la grossesse normale est mené par une sage-femme, un médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien.
- Le nombre de consultations prénatales est de 7 :
un1er examen médical prénatal dans 1 les 3 premiers mois puis une consultation mensuelle.
- Si une anomalie ou des facteurs de risque sont diagnostiqués, il est nécessaire si besoin d'orienter la patiente vers une prise en charge adaptée et le rythme de surveillance sera plus rapproché.

Diagnostic de la grossesse:
- La survenue d'une grossesse a sur l'organisme maternel 3 conséquences:
* L'ovulation et la menstruation sont supprimées
* Le développement de l'oeuf entraine des modifications locales de l'utérus et des seins
* Le présence de l'oeuf entraine des modifications générales de l'organisme maternel
- Le diagnostic se fait lors de la 1ère consultation Prénatale, par :
Interrogatoire
Clinique
Biologie
échographie.

1- Interrogatoire:
- Aménorrhée+++
- Signes sympathiques:
* Troubles digestifs: nausées vomissements trouble du gout
* Troubles nerveux: somnolence, irritabilité
* Gonflement général: tension mammaire, prise de poids
* Pollakiurie
Les signes sympathique sont inconstants et variables en intensité et disparaissent en général au 4ème mois

Le diagnostic est facile dans 2/3 des cas :
* Cycles menstruels réguliers,
* Aménorrhée secondaire
* DDR précise,
* Signes sympathiques de grossesse,
* Courbe thermique avec décalage ovulatoire net et plateau > 18 jours.

Le diagnostic est difficile dans 1/3 des cas :
* Cycles menstruels irréguliers,
* DDR imprécise,
* Pas de retour de couches,
* Grossesse débutée juste après arrêt de la contraception orale,
* Métrorragie 1er trimestre
* Pré ménopause

2- Examen clinique:
- Température basale plus élevée.
- Modifications mammaires:
* Augmentation du volume mammaire
* Le réseau veineux sous cutané est plus apparent sous forme du « réseau de Haller ».
* Accentuation de la pigmentation aréolaire
* Augmentation du volume des tubercules de Montgomery au niveau des aréoles.
- Modifications de la vulve:
* La vulve devient gonflée, pigmentée, des leucorrhées physiologiques peuvent apparaitre.
- Modifications de l'utérus:
➔ Au speculum:
* Col de couleur lilas
* La glaire cervical est épaisse peu abondante.
➔ Au toucher vaginal couplé au palper abdominal:
* Col: il n'est modifié ni dans ses dimensions ni dans sa forme; il l'est dans sa consistance: ferme comme le nez avant la grossesse, il devient mou comme la lèvre.
* Le corps:
° Le volume: L'utérus est augmenté de volume et a un aspect globuleux:
. Il a la taille
d'une mandarine à 6 SA
D'une orange entre 8 et 10 SA
.D'un pamplemousse à 12 SA.
. À mi chemin entre l'ombilic et le symphyse pubienne.
. Il atteint l'ombilic à 4 mois et demi.
° La forme: piriforme avant la grossesse, il devient globuleux; le doigt qui suit le cul de sac latéral au lieu de s'enfoncer librement, bute contre le pourtour évasé de l'utérus.
° La consistance: le ramollissement du corps est net et constant; les doigts vaginaux placés en avant de lui arrivent facilement au contact des doigts abdominaux, à tel point que le corps apparait au-dessus de cette charnière comme détaché du col, c'est le signe de Hegar.

3- Biologie:
- Test urinaire: dépistage qualitatifs des métabolites de l'HCG dans les urines au 36ème -37ème jour d'aménorrhée.
- Dosage sanguin des Béta HCG:
* Dosage qualitatif et quantitatif
* Positif dés 8 à 10 jours après l'ovulation.
* Le taux double toutes les 48 heures le 1er mois.

4- Echographie:
À partir de la 5ème SA, le SG (sac gestationnel) est visible avec une sonde endovaginale :
À la 6ème SA : l'embryon est visible,
À la 7ème SA : l'activité cardiaque est perçue.
Le diagnostic échographique permet d'éliminer :
Une Grossesse Extra-utérine (GEU)
Une Grossesse Intra-utérine (GIU) non évolutive,
Une grossesse molaire
Permet aussi de dater la grossesse par mesure du sac gestationnel (SG) et la longueur cranio caudale.

Suivi de la grossesse :
* 7 consultations:
La 1ère avant la fin du 1er trimestre
1 consultation / mois à partir du 4ème mois
1 consultation à terme
* 3 échographies.

➔ **1ère consultation:**
- De préférence avant 10 SA
- Objectifs:
* Diagnostiquer la grossesse,
* Dater la grossesse par la DDR si cycles réguliers sinon par échographie de datation.
* Evaluer les facteurs de risques médicaux, gynécologiques, et obstétricaux afin de mettre en place, si nécessaire, des mesures préventives.
* Diagnostiquer les anomalies obstétricales immédiates.
Diagnostiquer les pathologies chroniques (HTA, diabète…).
* Réaliser un examen clinique général et gynécologique.
* Demander les examens complémentaires obligatoires et ceux adaptés a une pathologie reconnue.
* Donner l'information sur la trisomie 21 pour le foetus.
* Etablir le calendrier de surveillance de grossesse.

**Interrogatoire:** doit être complet et transcrit sur un dossier obstétrical
* Identification de la patiente ;
* Situation professionnelle et conditions de travail ;
* groupe Rh
* Conditions socioéconomiques de la patiente ;
* Renseignements concernant le père: âge, profession, origine, état de sante, groupe Rh
* Antécédents familiaux des 2 parents:
. Gémellité . Notion de consanguinité
. Maladies héréditaires . Diabète
. Maladie génétiques . HTA ….
* Antécédents médicaux de la patiente:
. Taille.
. Poids avant la grossesse.
. Pathologie générale suspectée ou existante: HTA, Diabète, Asthme, Anémie, …
. Allergies .
. Antécédents de transfusion.
* Antécédents chirurgicaux:
. Type d'intervention.
. Anesthésie.
. Suites opératoires.
* Antécédents gynécologiques:
. Caractères des cycles.
. Pathologies gynécologiques (mycoses, fibromes, malformations, conisation…)
. Dernier FCV.
. Infertilité.
. Contraception : le type, durée.
* Antécédents obstétricaux:
. nombre de grossesses.
. Pour chaque grossesse: préciser son déroulement, une éventuelle complication et son issue:
la date, mode d'accouchements (V. basse ou césarienne), terme de l'accouchement, avortement précoce ou tardif, grossesse extra utérine, mole,…
. Pour chaque accouchement préciser:
Terme, Travail spontané / déclenchement , Anesthésie, Voie d'accouchement , Délivrance / hémorragie , Enfant (sexe, poids, évolution, allaitement) , Suites de couches
* Grossesse actuelle:
- Terme selon la DDR.
- Grossesse spontanée ou induite.
- Notion de prise médicamenteuse.
- Signes sympathiques de la grossesse.
- Notion de douleurs ou de métrorragies.

**Examen clinique:**
- Examen général :
* Taille, poids, prise de la TA
* coloration cutanéo-muqueuse.
* Auscultation cardio-respiratoire.
* Examen de la thyroïde.
* Examen mammaire.
* Examen de l'abdomen: cicatrices, foie, ..
* Examen des membres inférieurs; varices, oedèmes
- Examen gynécologique
•Examen périnéal
. les organes génitaux externes sont oedematiés et hyper-pigmentés.
. Recherche de lésions cutanéo-muqueuses : (condylomes, vésicules, des cicatrices et une pathologie veineuse).
. Hémorroïdes.
•Examen sous spéculum:
. État muqueuse vaginale, Leucorrhées, aspect du col
. ± FCV
•Toucher vaginal couplé au palper abdominal :
. Tonicité périnéale
. Cavité vaginale
. Volume utérin
. Col: Position, longueur, ouverture, consistance.

**Examens paracliniques:**

- Examens à prescrire systématiquement:
o Bandelette urinaire: Glycosurie et protéinurie
o Sérologies Toxoplasmose, Rubéole et Syphilis
o Groupe sanguin (ABO, phénotypes, rhésus complet et Kell)
o Recherche d'agglutinines irrégulières,
o NFS, Glycémie, Urée, TP.
- Examens à proposer systématiquement:
o Échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours)
o Sérologie VIH 1 et 2
- Examens à prescrire éventuellement:
o Examen cytobactériologique des urines (ECBU)
o Frottis cervical de dépistage s'il date de plus de 2 à 3 ans.

➔ **Autres consultations:**

permettent l'appréciation continue du niveau de risque; elle se fait 1 fois par mois.
Interrogatoire
Examen clinique
Examens paracliniques

**Interrogatoire :**

- Apprécier les MAF
- Rechercher des CU, une Pertes LA, des Métrorragies
- Signes fonctionnels urinaires
- Signes fonctionnels d'HTA.

**Examen clinique:**

- Prise de poids, de la TA
- Recherche d'oedèmes des membres inférieurs
- Mesure de la hauteur utérine
- Palpation de l'utérus
- Auscultation des bruits cardiaques foetaux
- Apprécier le type de présentation au 8ème mois
- Toucher vaginal

*Mesure de la hauteur utérine:*

-Entre 16 et 32 SA : règle des 4
4 x terme en mois
nbre SA – 4cm
-Après 32 SA: 4 x terme en mois-2 cm

**Examens paracliniques:**

- Examens à prescrire systématiquement:
o Glycosurie et protéinurie
o 2ème détermination (si non faite avant)du groupe sanguin.
o RAI : si Rhésus D négatif et aux femmes avec un passé transfusionnel.
o Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent
o Sérologie rubéole si 1er résultat négatif jusqu'à 18 SA.
o Recherche de l'antigène HBs et NFS au 6ème mois.
o D'autres bilan en fonction des cas.
- Examens à proposer systématiquement
o 2ème échographie (entre 20 et 24 SA)
o 3ème échographie (entre 30 et 34 SA)
- Examens à demander éventuellement :
o Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire

**Consultation du 9ème mois:**

En complément de l'examen clinique réalisé lors des consultations intermédiaires, la consultation du 9ème mois permet d'apprécier le pronostic obstétrical c-à-d le mode d'accouchement.
- Examen du bassin obstétrical
- Toucher vaginal permettant d'apprécier le col et le type de présentation
- Une consultation de pré anesthésie est réalisée si elle n'a pas été faite au 8ème mois
- Demander obligatoirement une bandelette urinaire et sérologie toxoplasmose en cas de négativité des 1ers résultats.

**Suivi échographique classique d'une une grossesse normale:**

- Calendrier échographique :
* Echographie du 1er trimestre : 11-14SA
* Echographie du 2ème trimestre : 20-24 SA
* Echographie du 3ème trimestre : 30-34 SA
. Si les cycles sont réguliers, c'est la DDR qui détermine de début de grossesse.
. Si les cycles sont irréguliers, une échographie de datation avant 11 SA est nécessaire et ceci par la mesure de la longueur cranio caudale.

** Echographie du 1er trimestre:
*Objectifs*:
- Compter le nombre d'embryons
- Localiser l'embryon
- Evaluer la vitalité
- Faire une biométrie par la mesure de la longueur cranio caudale permettant de préciser la date de début de grossesse
- En cas de grossesse multiple, apprécier la chorionicité et l'amniocité
- Etude morphologique de l'embryon
- Mesure de la clarté nucale
- Etudier les annexes maternelles

** Echographie du 2ème trimestre:
- Permet de faire une étude morphologique complète du foetus
- Mesure des biométries (BIP,CC, PA, LF).
- Etude de la vitalité.
- Etude des annexes foetales: Position du placenta, quantité du liquide amniotique.

**Echographie du 3ème trimestre:
- Position du foetus, sa vitalité
- Estimation du poids foetal par mesure des biométries
- Etude morphologique: difficile
- Etude des annexes fœtales